

нице с октября 2009 года по сентябрь 2010.

Результаты и обсуждение. Среди гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у пациентов до 18 лет преобладают процессы одонтогенной природы - в 58% (29 случаев), а неодонтогенные - в 42% (21 случай).

Группа одонтогенных заболеваний представлена в 75,86% периоститами (нижней челюсти - 55%, верхней челюсти - 45%), в 6,9% остеомиелитами, в 3,5% флегмонами. Структура неодонтогенных процессов следующая: лимфадениты - 45,45%, фурункулы - 27,27%, абсцессы - 13,64%, а также флегмоны - 13,64%.

Анализ данных о половых различиях в частоте развития нозологических форм гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области показал, что у мальчиков они возникают чаще (58%), чем у девочек (42%). Средний возраст заболевания составил у девочек 8,26 лет, причем в 5 лет гнойно-воспалительные процессы развивались у - 19%, у мальчиков средний возраст 8,6 лет, чаще встречаются в возрасте 7 лет - 18%.

Структура гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области у мальчиков включает периоститы - 51,72% (верхней челюсти - 60%, нижней челюсти - 40%), лимфадениты - 17,24%, фурункулы - 17,24%, флегмоны - 6,9%, абсцессы - 3,45% и остеомиелиты нижней челюсти 3,45%.

В то же время у девочек, среди гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области преобладают лимфадениты - 40%. Периоститы челюстей составляют 35% (нижней челюсти - 85,71%, верхней челюсти - 14,29%), флегмоны - 10%, фурункулы - 5%, остеомиелиты нижней челюсти - 5%, абсцессы - 5%.

При изучении этиологических факторов возникновения одонтогенных гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области у детей установлено, что основной причиной развития данных заболеваний являются первые постоянные моляры нижней челюсти в 27,3% случаев (правой стороны в 87,5%; левой - 12,5%). Первые

и вторые верхние временные моляры верхней челюсти составляют 13,9% от общего числа причинных зубов, первые и вторые временные моляры нижней челюсти - 13,8%, вторые временные резцы верхней челюсти - 10,3%, первые постоянные моляры верхней челюсти - 7,0%. Также источниками развития одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей могут служить первые временные резцы верхней челюсти, временные клыки верхней челюсти и временные клыки нижней челюсти (3,5% случаев в каждой группе).

Выводы.

Имеются половые различия по частоте развития гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области, характеризующиеся преимущественным поражением мужчин по сравнению с женщинами.

Структура гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у больных детского и подросткового возраста имеет следующие особенности: характерно преобладание лимфаденитов у девочек, когда у мальчиков чаще встречаются периоститы челюстей.

Основным этиологическим фактором развития одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний челюстей у пациентов до 18 лет являются постоянные первые моляры нижней челюсти.

Литература:

1. Бернадский, Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю.И. Бернадский, М.: Мед. лит., 2003. - 416 с.
2. Калмахелидзе, Р.А. Лимфадениты челюстно-лицевой области у детей / Р.А. Калмахелидзе, А.А. Колесов, В.В. Рогинский: сборник науч. тр.; под общ. ред. А.А. Колесова. - М., 1974. - 116 с.
3. Солнцев, А. М. Одонтогенные воспалительные заболевания / А. М. Солнцев, А. А. Тимофеев. - К.: Здоровья, 1989. - 231 с.
4. Колесов, А.А. Стоматология детского возраста / А.А. Колесов. - 3-е изд. - М.: Медицина, 1985. - 480 с.

НУКЛЕАЗНАЯ АКТИВНОСТЬ IGG У ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Сенькович С.А., Окулич В.К., Погоцкий А.К., Чередняк А.Н.

УО "Витебский государственный Орден дружбы народов медицинский университет"

Введение. Проблема недостаточной эффективности терапии, в том числе использования антибактериальных препаратов, гнойно-воспалительных хирургических заболеваний остается по-прежнему актуальной [1]. Создание новых эффективных методов диагностики и лечения хирургической инфекции невозможно без знания глубоких механизмов взаимодействия возбудителя гнойно-воспалительного процесса с иммунной системой макроорганизма. Между тем, некоторые аспекты этого взаимодействия остаются изученными недостаточно. К таким аспектам относится собственная каталитическая активность иммуноглобулинов при гнойно-воспалительных процессах. Образование иммуноглобулинов с собственной каталитической активностью (абзимов) воз-

можно в результате нескольких механизмов, в том числе идиотип-антиидиотипического, реализация которого из-за воздействия ферментов микроорганизмов на иммунную систему макроорганизма представляется при инфекционном процессе весьма вероятной [2].

Воздействие абзимов на течение различных патологических процессов остается изученным не полностью. Практически доказано участие абзимов в развитии некоторых заболеваний соединительной ткани, аутоиммунных заболеваний [3], между тем как влиянию каталитических иммуноглобулинов на течение гнойно-воспалительных заболеваний посвящены лишь единичные публикации [4, 5].

Для исследования абзимов при гнойно-воспалитель-

Таблица - ДНК-азная активность IgG

Группа	n	Медиана ЕОП	Процентиль 25-75 ЕОП	Достоверность отличий
1. Хронический остеомиелит	34	18,5	9 – 53,5	$P_{1-3} < 0,05$
2. Острые гнойно-воспалительные заболевания	37	27	6 - 50	$P_{1-5} < 0,001$
3. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области	31	9	0 - 22	$P_{2-3} < 0,01$ $P_{2-5} < 0,001$
4. Пациенты без гнойных процессов	13	32	3 - 41	$P_{3-5} < 0,05$ $P_{3-4} < 0,01$
5. Здоровые доноры	16	0	0 - 8	

ных заболеваниях нами была выбрана ДНК-азная активность, поскольку ферменты с нуклеазной активностью часто синтезируются микроорганизмами, что по механизму идиотип-антиидиотипического взаимодействия может приводить к образованию каталитических иммуноглобулинов.

Цель работы. Изучить ДНК-азную активность IgG, выделенных от больных с гнойно-воспалительными заболеваниями в сравнении с лицами без инфекционного процесса.

Материал и методы. Для выделения и очистки иммуноглобулинов нами был использован риванол-сульфатный метод с аффинной хроматографии на стафилококковом протеине А. Контроль чистоты полученных препаратов IgG осуществляли с помощью электрофореза в 10% и градиентном 4-20% полиакриламидном геле в присутствии додецил-сульфата натрия в восстанавливающих и невосстанавливающих условиях. Гель окрашивали нитратом серебра. Для проверки стерильности полученного материала осуществляли выборочный посев проб иммуноглобулинов на кровяной агар и сахарный бульон. Оценку уровня ДНК-азной активности иммуноглобулинов производили методом риванолового сгустка [3].

Все пациенты, принятые в исследование, были разделены нами на 5 группы: больные с хроническим остеомиелитами (n=40); пациенты с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями (n=37); лица с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области (n=33); группа пациентов без гнойно-воспалительных процессов (n=13), которую составили лица прооперированные по поводу заболеваний не воспалительной природы (грыжесечения), находившиеся в послеоперационном периоде, протекавшем без гнойных осложнений. Контрольную группу составили здоровые доноры.

Распределение полученных данных не во всех группах было нормальным, поэтому при сравнении достоверности отличий между группами был использован критерий Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение. Уровень ДНК-азной активности в группах пациентов с гнойно-воспалительными процессами оказался достоверно выше, чем в группе здоровых доноров, причем в группе лиц с патологией челюстно-лицевой области он был достоверно ниже, чем при гнойных процессах другой локализации (см. таблицу). Возможно, это связано с обычно меньшей распространенностью гнойно-воспалительного процесса, протекающего в этой области. Обращает на себя внимание

высокий уровень активности в группе прооперированных пациентов без гнойных осложнений, что позволяет предположить возможность влияния операционной травмы на формирование ДНК-азной активности IgG.

При анализе связей ДНК-азной активности иммуноглобулинов с клинико-лабораторными проявлениями заболеваний были выявлены следующие коррелятивные связи: между средним уровнем ДНК-азной активности и абсолютным количеством лейкоцитов в крови ($r=0,43$; $n=57$; $p<0,001$), а также абсолютным количеством незрелых форм нейтрофилов ($r=0,43$; $n=49$; $p<0,005$). Выявленные корреляции указывают на связь повышенного уровня ДНК-азной активности иммуноглобулинов с активацией иммунитета. Выявлена корреляция знаков средней силы между наличием у препарата иммуноглобулина G, выделенного от пациента, достоверной ДНК-азной активности и золотистым стафилококком в качестве этиологического фактора ($r=0,31$; $p<0,05$; $n=54$), что указывает на влияние микроорганизмов на формирование абзимной активности, поскольку именно золотистый стафилококк обладает высоким уровнем ДНК-азной активности.

Выводы.

1. У препаратов поликлональных IgG, выделенных от пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями обнаружено наличие собственной ДНК-азной активности.

2. У пациентов с гнойно-воспалительными процессами уровень активности был достоверно выше, чем у хирургических больных без гнойно-воспалительных осложнений и здоровых доноров.

3. Получены данные, указывающие на связь повышенного уровня ДНК-азной активности иммуноглобулинов с активацией иммунной системы вследствие воспалительного процесса, а также видом микроорганизма - возбудителя гнойно-воспалительного процесса.

Литература:

1. Косинец, А.Н. Инфекция в хирургии: руководство. / А.Н. Косинец, Ю.В. Стручков. - Витебск: изд-во ВГМУ, 2004. - 510 с.
2. Monroe, J.G. Anti-idiotypic antibodies and disease / J.G. Monroe, M.I. Green // Immunol. Invest. - 1986. - Vol. 2. - P. 15-17.
3. Генералов, И.И. Абзимная активность иммуноглобулинов / И.И. Генералов. - Витебск: из-во Витеб. гос. мед. ун-та, 2000. - 152 с.
4. ДНК-азная активность IgG антител из крови больных синдромом приобретенного иммунодефицита че-

ловека / Е.С. Одинцова [и др.] // Молекуляр. биология. - 2006. - Т. 40. - № 5. - С. 857-864.

5. ДНК и РНК-гидролизующие антитела из крови

больных различными формами вирусного гепатита / А.Г. Брановский [и др.] // Биохимия. - 1997. - Т. 62, № 12. - С. 1590-1599.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ В ОТДЕЛЕНИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ ВОКБ ЗА 2001-2010 гг.

Стельмаченок С.С., Олевский М.В

УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет"

Введение. Заболеваемость по любой нозологии никогда не бывает стабильной, это явление динамично и изменяется с течением времени в разных направлениях, в зависимости от этиологических факторов, уровня оказания профилактической лечебной помощи и лечения на до госпитальном этапе.

Руководящими документами на основании которых организована деятельность отделения челюстно-лицевой хирургии являются приказы МЗ РБ от 28.09.2007 г. "Об улучшении оказания челюстно-лицевой хирургической помощи населению РБ", решения ЛКС от 28.09. 1999г. и решение коллегии УЗО Витебского облисполкома от 05.10.2004 г.

В настоящее время в Витебской области функционирует 55 челюстно-лицевых хирургических коек: в областной больнице - 40, Орше (гор. больнице) - 10, Новополоцке (гор. больнице) - 5. Штаты укомплектованы в соответствии с количеством коек. Челюстно-лицевое отделение областной больницы является базой усовершенствования хирургов-стоматологов области в соответствии с планом УЗО и учебной базой для студентов стоматологического и лечебного факультета ВГМУ.

Цель. На основании изучения статистического материала, а также на основании анализа отчетных данных отделения челюстно-лицевой хирургии за 10 лет, проанализировать динамику заболеваний челюстно-лицевой области и результаты лечения.

Материал и методы. Методом анализа ежегодных статистических отчетов констатируется, что за 10 лет в челюстно-лицевой хирургии пролечено 16 139 человек, основной контингент госпитализируемых больных - экстренные, что составляет стабильно ежегодно около 80%, и около 20% - плановые.

Результаты обсуждения. Экстренная патология в основном представлена воспалительными заболеваниями и составляет 40% от общего числа больных, травмы составляют 30% или за 10 лет 6400 и 4800 соответственно. Из воспалительных заболеваний основная масса - это флегмоны и абсцессы. За 10 лет пролечилось около 2900 человек, с периоститами - около 1000, остеомиелитами - 600, перекоронолитами - 800, а также сиададенитами, синуситами, фурункулами и др. При статистическом анализе отмечается тенденция к уменьшению флегмон лица и шеи с 373 в 2001 г. до 255 в 2009 г. Отмечаются случаи обращения пациентов с запущенными гнойно-некротическими процессами лица и шеи, иногда осложненных медиастинитами. Это объясняется в основном поздним обращением за лечебно помощью и сопутствующей патологией. Гру-

бых дефектов на до госпитальном лечении в последние 2-3 года не отмечалось. Имеется снижение частоты челюстно-лицевой травмы, начиная с 2005 г. (около 600 случаев) до 450 в 2009 г., тогда как с 90-х по начало 2000-х гг. был явный рост с 300 до 600 (в 2 раза). Однако количество тяжелых лицевых травм и сочетанных травм возрастает. В большинстве случаев - это результаты ДТП. Причины - рост количества транспортных средств. В структуре травмы преобладают переломы нижней челюсти, травмы мягких тканей лица, скуловых костей, сочетанная травма. Начиная с 2001 года, несколько снизилось количество травматических и одонтогенных остеомиелитов. Отмечается рост опухолей и опухолеподобных заболеваний (с 80 в 2001 г. до 130 в 2009 г.), уменьшилось количество врожденных пороков (с 22-25 ежегодно в 90-х гг. до 12-15 в последние годы).

Отмечается снижение смертности с 3-х человек в год в начале 2000-х гг. до одного человека в 2010 г. (в 80-е - 90-е гг. смертность была около 4-х человек в год).

Указанные показатели свидетельствуют об улучшении качества лечения на до госпитальном этапе, включая профилактические мероприятия и амбулаторную хирургическую помощь. Также отмечается улучшение качества специализированного стационарного лечения по основным нозологиям. В среднем продолжительность лечения в стационаре снизилась с 8,1 в 2001 г. до 6,9 в 2009 г. (в 80-е гг. средняя продолжительность лечения была около 10 дней). Указанные показатели достигнуты благодаря следующим факторам:

1. Приобретению определенного опыта хирургами челюстно-лицевой области.

2. Внедрению в широкую практику новых методов обследования: МРТ и КТ, что существенно помогает ранней диагностике глубоких флегмон и медиастинитов.

3. Разработке обязательных алгоритмов оказания лечебной помощи, касающиеся выбора метода обезболивания, оперативной тактики, проведения консилиумов в процессе лечения и др.

4. Наличию более широкого арсенала эффективных современных антибиотиков и адекватного их применения.

Каждый случай летального исхода рассматривается на патконференции и в конце каждого отчетного периода в УЗО, что также является одним из факторов ее снижения.

Выводы. Качество лечения подлежит совершенствованию путем внедрения новых технологий и лекарств. Преподавательским составом стоматологического фа-